

Cataracte

D^r Antoine Labbé, Dr Catherine Boureau

Service d'ophtalmologie, Centre Hospitalier National d'ophtalmologie des Quinze-Vingts, 75012 Paris
catherine.bureau@wanadoo.fr

Objectifs

- Diagnostiquer la cataracte et ses conséquences.
- Argumenter les principes de traitement et de prévention.

Le cristallin est une lentille biconvexe, avasculaire et transparente située entre la face postérieure de l'iris en avant et la surface antérieure du vitré (hyaloïde antérieure) en arrière. Suspendu en périphérie aux procès ciliaires par la zonule, le cristallin a un pouvoir convergent d'environ 20 dioptries et joue un rôle essentiel dans l'accommodation.

La cataracte est définie comme la présence d'opacités cristalliniennes responsables d'une diminution de vision significative. La cataracte est la première cause de cécité au monde, particulièrement dans les pays en voie de développement, où moins de 20 % des sujets atteints seraient opérés. Elle touche plus de 20 % de la population à partir de l'âge de 65 ans, plus de 35 % à partir de l'âge de 75 ans, et plus de 60 % à partir de l'âge de 85 ans.

Le cristallin est composé d'un sac capsulaire qui contient un cortex périphérique et un noyau central. Les opacités cristalliniennes peuvent donc avoir des localisations différentes (nucléaires et/ou corticales et/ou sous-capsulaires) avec un retentissement variable sur la vision.

Il n'existe actuellement aucun traitement préventif de la cataracte. Le traitement est uniquement chirurgical et consiste en l'extraction du cristallin et de son remplacement, au mieux par un implant intraoculaire mis en place dans le sac capsulaire cristallinien. L'indication opératoire est prise en appréciant l'impact de la cataracte sur la qualité de la fonction visuelle et générale du patient, ses besoins en termes de fonction visuelle et en considérant les risques associés à l'intervention.

ÉTIOLOGIE

Cataractes liées à l'âge ou séniles

Il s'agit de la cause la plus fréquente. La cataracte est dans ce cas corticonucléaire, bilatérale et asymétrique le plus souvent. Il semblerait qu'elle soit favorisée par une exposition aux ultraviolets B (UVB), par la consommation tabagique ou encore par une consommation importante d'alcool.

Cataractes secondaires

1. Cataractes traumatiques

Elles peuvent survenir après une contusion oculaire, après une plaie capsulaire cristallinienne, ou encore être liées à la présence d'un corps étranger oculaire métallique en fer (sidérose) ou en cuivre (chalcose). Elles sont le plus souvent unilatérales. Les cataractes post-traumatiques sont souvent stellaires ou polaires antérieures. Une électrocution, l'exposition à de fortes chaleurs (souffleur de verre) ou à des radiations peuvent aussi entraîner une cataracte. L'existence d'une cataracte unilatérale chez un sujet jeune doit faire éliminer un corps étranger intraoculaire.

2. Pathologies oculaires associées

Les maladies inflammatoires oculaires et l'hétérochromie de Fuchs, la myopie forte, la pseudo-exfoliation capsulaire (PEC) et les tumeurs intraoculaires sont responsables de cataractes secondaires.

3. Cataractes d'origine métabolique

Le diabète est la principale affection associée au développement d'une cataracte. La recherche d'un diabète doit être systématique devant un sujet jeune sans antécédent présentant une cataracte. Les autres causes de cataracte d'origine métabolique sont : l'hypocalcémie, l'hypoparathyroïdie, l'hypercorticisme, et l'atopie. Les cataractes d'origine métabolique sont le plus souvent bilatérales, symétriques et volontiers sous-capsulaires postérieures.

4. Cataractes iatrogènes

La corticothérapie prolongée topique ou systémique peut contribuer à la formation d'une cataracte. La chirurgie vitréo-rétinienne, surtout si elle s'accompagne d'un tamponnement par huile de silicone ou par gaz, et la chirurgie du glaucome (trabéculotomie) sont également des facteurs de risque de développement

d'une cataracte. Certains médicaments, comme les diurétiques thiazidiques, certains neuroleptiques (famille des phénothiazines), l'amiodarone, divers agents cytostatiques ou encore certains collyres comme la pilocarpine, seraient aussi responsables de cataracte.

Cataractes d'origines génétique et congénitale

Diverses affections métaboliques ou néonatales favorisent la survenue d'une cataracte chez l'enfant ou l'adulte jeune. La galactosémie, les déficits en galactokinase, l'hypoglycémie néonatale, le syndrome oculocérébral de Lowe, la dystrophie myotonique de Steinert, la trisomie 21, l'ichtyose congénitale, le syndrome de Rothmund ou encore la maladie de Fabry. Certaines de ces affections s'accompagnent d'une subluxation du cristallin, comme le syndrome de Marfan ou le syndrome de Weil-Marchesani. Enfin, la rubéole est l'étiologie infectieuse de cataracte congénitale la plus fréquente.

DIAGNOSTIC

Circonstances de découverte

✓ **Une baisse de l'acuité visuelle** (BAV) est la principale circonstance de découverte d'une cataracte liée à l'âge. Cette BAV est progressive, bilatérale, souvent asymétrique, et débute par la vision de loin avec une relative conservation de la vision de près pour les cataractes nucléaires. Dans le cas d'une cataracte sous-capsulaire postérieure, la vision de près est également diminuée.

✓ **Les autres signes plus rares** qui peuvent faire suspecter l'existence d'une cataracte sont une diplopie monoculaire (qui persiste à l'occlusion d'un œil), une modification de la vision des couleurs, des éblouissements ainsi qu'une diminution de la sensibilité aux contrastes ou encore une hypertonie oculaire. Une leucocorie (pupille blanche) peut se voir dans le cas des cataractes congénitales mais aussi lors de toutes les cataractes blanches.

La cataracte peut être également décelée lors d'un examen ophtalmologique systématique.

Examen clinique

Le but de cet examen est de confirmer l'existence de la cataracte, de s'assurer qu'elle est un facteur déterminant dans la baisse d'acuité visuelle et dans la gêne fonctionnelle, et de dépister une autre pathologie qui pourrait être responsable de la baisse visuelle. Cet examen recherche aussi une pathologie systémique qui pourrait être une cause de cataracte par elle-même ou par le traitement qu'elle nécessite, et dont l'existence pourrait poser un problème lors du traitement chirurgical.

1. Interrogatoire

Il doit préciser l'âge, la profession du patient ainsi que ses antécédents généraux et oculaires. La recherche d'antécédents généraux porte sur des affections ou des traitements pouvant être à l'origine de la cataracte et sur des conditions susceptibles de perturber le traitement chirurgical, comme l'existence d'un diabète, d'une corticothérapie par voie générale, un déficit immunitaire acquis, des traitements immunosuppresseurs ou encore un traitement par alphabloquant chez des patients porteurs d'une pathologie prostatique (risque d'iris flasque). L'état général du patient, en particulier cardiovasculaire et psychique, permettra également de guider le choix de l'anesthésie. Les antécédents oculaires justifiant des précautions chirurgicales particulières comme une hypermétropie ou une myopie forte, une pseudo-exfoliation capsulaire (PEC), un traumatisme oculaire, une dégénérescence maculaire liée à l'âge, une uvéite, ou des antécédents chirurgicaux ophtalmologiques doivent aussi être recherchés.

2. Examen ophtalmologique

✓ **La mesure de l'acuité visuelle** s'effectue en monoculaire puis en binoculaire avec la correction portée et avec la meilleure correction possible. Cette mesure est indispensable, car elle permet de quantifier la gêne subjective du patient. Une myopie d'indice est fréquemment retrouvée, liée à l'augmentation de l'indice de réfraction du cristallin lors de la cataracte.

✓ **L'examen au biomicroscope** permet d'étudier les annexes, le segment antérieur de l'œil ainsi que le cristallin et le segment postérieur après dilatation (fig. 1 et 2).

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Cataracte ».

Cet item peut faire l'objet d'un dossier complet ou représenter quelques questions au décours d'un dossier plus transversal (exemple : le diabète).

Cas clinique

Une patiente de 80 ans vient en consultation, car depuis quelques mois elle éprouve des difficultés à voir les panneaux de signalisation lorsqu'elle

conduit. Cette gêne qui s'accompagne d'éblouissements est particulièrement importante la nuit.

① Quel est le but de l'examen clinique ophtalmologique ?

② Cette patiente n'a aucun antécédent médical ou chirurgical particulier. Votre examen clinique retrouve une cataracte nucléaire bilatérale. Demandez-vous des

examens complémentaires pour confirmer votre diagnostic ?

③ Demandez-vous des examens ophtalmologiques dans le cadre du bilan préopératoire ? Si oui, le(s)quel(s) ?

④ Quel traitement allez-vous proposer à la patiente ?

⑤ La patiente vous demande quelles sont les principales complications de cette intervention, que lui répondez-vous ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

L'examen débute par une analyse des paupières, des cils et de l'appareil lacrymal. Des sécrétions sur les cils et les paupières sont recherchées, et une éventuelle blépharite sera traitée avant l'intervention.

L'examen du segment antérieur comprend un examen complet de la cornée pour évaluer sa transparence et rechercher des cicatrices stromales susceptibles de diminuer le pronostic visuel final. Il recherche aussi une pathologie endothéliale qui prédisposerait au risque de décompensation œdémateuse de la cornée en postopératoire. L'analyse de la chambre antérieure précise sa profondeur et recherche une inflammation (effet Tyndall, précipités rétrocornéens). L'existence de synéchies iriennes ou de dépôts blanchâtres sur le bord pupillaire évoquant une PEC doit être recherchée lors de cet examen.

Une mesure de la pression intraoculaire est ensuite réalisée.

L'examen du cristallin et du segment postérieur est effectué après dilatation pupillaire. La qualité de la dilatation est évaluée, car une mauvaise dilatation représente un facteur de risque de complication peropératoire majeur. L'examen du cristallin précise le type de cataracte : sous-capsulaire (antérieure et postérieure, corticale [antérieure, postérieure, équatoriale], nucléaire), sa forme (polaire en cupule, stellaire en cavaliers) ; son importance (blanche totale, ou modérée) et sa position (normale, luxation, ectopie, etc.). L'existence de dépôts blanchâtres sur la cristalloïde antérieure, signe d'une PEC, est également recherchée. L'examen du pôle postérieur (macula et nerf optique) permet aussi de s'assurer que la cataracte est bien responsable de la baisse d'acuité visuelle. L'examen de la périphérie rétinienne permet de rechercher des lésions prédisposant au décollement de la rétine, qui seront dans certains cas traitées avant la cataracte.

Examens complémentaires

Le diagnostic de cataracte est clinique, aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour poser le diagnostic de cataracte. En dehors d'un bilan standard, deux examens complémentaires préopératoires spécifiques sont indispensables avant la chirurgie de la cataracte pour calculer la puissance de l'implant qui remplacera le cristallin : la biométrie et la kératométrie.

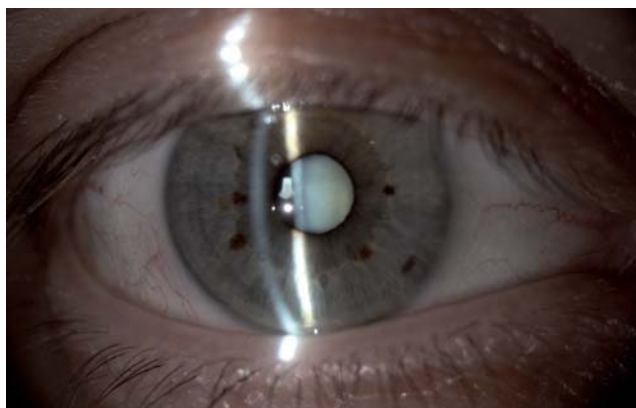


Figure 1 Leucocorie : cataracte blanche totale.

POINTS FORTS

à retenir

- **La cataracte est définie comme la présence d'opacités cristalliniennes responsables d'une diminution de vision significative.**
- **Le diagnostic de cataracte est clinique. Les examens complémentaires sont utiles pour déterminer la puissance de l'implant intraoculaire et pour préciser d'éventuelles lésions associées.**
- **Le traitement de la cataracte est chirurgical. L'indication opératoire est prise en appréciant l'impact de la cataracte sur la fonction visuelle et générale du patient, ses besoins, et en considérant les risques associés à l'intervention.**
- **En France, le traitement chirurgical de référence est la phacoémulsification avec mise en place d'un implant intraoculaire dans le sac capsulaire cristallinien.**

Un bilan diagnostique peut être indiqué si le fond d'œil n'est pas analysable à la lampe à fente ou si une pathologie oculaire associée à la cataracte est présente ou suspectée.

1. Kératométrie

Elle est réalisée avec un kératomètre automatique (ou un ophthalmomètre de Javal) et permet de mesurer les rayons de courbure de la cornée.

2. Biométrie

Optique (IOL Master, Carl Zeiss Meditec) ou ultrasonique (échographie en mode A), elle détermine la longueur axiale de l'œil.

3. Échographie en mode B

Elle est indiquée en cas de non-visualisation du fond d'œil. Cet examen permet également de mesurer la longueur axiale de l'œil et de préciser l'état de la rétine et du vitré. Dans certains cas

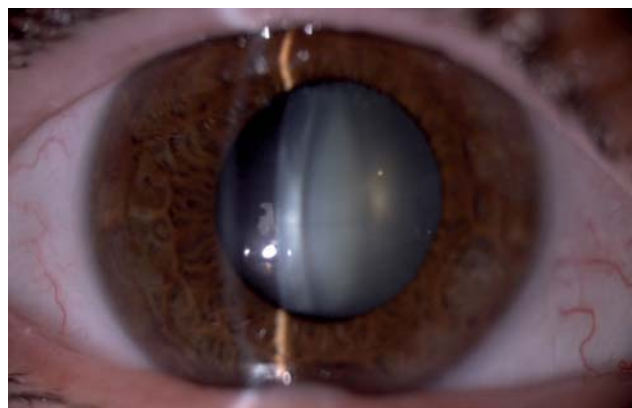


Figure 2 Cataracte nucléaire classique.

particuliers, comme la myopie forte, l'échographie en mode B est utilisée pour mesurer plus précisément la longueur axiale de l'œil.

4. Microscopie spéculaire

Cet examen permet de mesurer la densité des cellules endothéliales cornéennes. Il est indiqué lorsque l'on suspecte une insuffisance endothéliale (*cornea guttata*) qui risquerait d'être décompensée par le geste chirurgical.

5. Angiographie à la fluorescéine et examen du champ visuel

Dans certains cas où il existe une discordance entre le retentissement visuel et l'importance de la cataracte, d'autres examens peuvent être demandés. Ils ont pour but de dépister des anomalies préopératoires qui pourraient être aggravées par la chirurgie et de prévenir le patient de l'existence de ces anomalies qui pourraient limiter la récupération visuelle postopératoire. L'examen du champ visuel est préconisé chez les patients glaucomateux ou en cas d'anomalie papillaire (excavation, pâleur). L'angiographie à la fluorescéine est indiquée chez les patients présentant une anomalie rétinienne ou maculaire (rétinopathie diabétique, dégénérescence maculaire liée à l'âge...).

CATARACTES COMPLIQUÉES

Cataracte intumescence

L'évolution de la cataracte s'accompagne d'une augmentation de volume du cristallin. Chez des patients présentant une chambre antérieure étroite, cette augmentation de volume peut refouler l'iris vers l'avant, fermer l'angle irido-cornéen et ainsi provoquer une crise aiguë de fermeture de l'angle (CAFA). Le traitement repose évidemment sur la prise en charge du glaucome aigu et sur la chirurgie de la cataracte.

Cataracte morganienne ou hypermûre

Cette cataracte se caractérise par une liquéfaction des protéines du cortex entraînant une diminution de volume du cristallin. La libération de protéines cristalliniennes dans la chambre antérieure peut alors provoquer un glaucome phacolytique par blocage de la résorption d'humeur aqueuse au niveau du trabéculum et une uvéite phaco-antigénique par réaction du système immunitaire contre ces protéines, provoquant alors une réaction inflammatoire dans la chambre antérieure.

TRAITEMENT

Traitement préventif

De nombreux facteurs de risque de la cataracte ont été décrits : exposition aux radiations ultraviolettes B, diabète, intoxication tabagique, consommation élevée d'alcool, absorption de certains médicaments, etc. Malheureusement, aucun traitement n'a à ce

jour fait la preuve de son efficacité dans la prévention de la cataracte dans la population générale.

En milieu professionnel, en cas d'exposition à des rayonnements infrarouges, le port de masques et/ou de lunettes adaptées a été proposé.

La prévention des cataractes d'origine iatrogène repose sur la limitation de l'usage et de la durée des traitements connus comme cataractogènes (corticoïdes...).

Traitement chirurgical

1. Indication

Elle est basée sur la gêne fonctionnelle ressentie par le patient, par la baisse subjective de son acuité visuelle et par ses besoins en termes d'acuité visuelle. Elle est en général proposée, pour une cataracte sénile, lorsque l'acuité visuelle est inférieure ou égale à 5/10^e et que cette baisse de vision est liée à l'opacification du cristallin. L'intervention peut être aussi justifiée en cas de glaucome grave induit par la cataracte ou encore s'il est nécessaire de visualiser avec précision la rétine d'un œil (diabète avec rétinopathie).

2. Information du patient

Une information appropriée doit être fournie au patient sur l'acte chirurgical qu'il va subir, sur les risques potentiels de l'intervention et sur les bénéfices attendus. On insiste sur les différentes techniques opératoires, le mode d'anesthésie et les modalités d'hospitalisation (ambulatoire, hospitalisation complète).

3. Anesthésie et préparation

L'intervention de la cataracte peut être pratiquée selon trois principaux modes d'anesthésie. L'anesthésie générale est réservée à des cas exceptionnels pour lesquels le contexte général empêche la réalisation d'une anesthésie locale (patient agité, démence, sujet psychiatrique, enfant...). L'anesthésie locorégionale de type péribulbaire ou sous-ténonienne est encore pratiquée de manière fréquente. La technique la plus récente est celle de l'anesthésie topique par instillation de tétracaïne ou gel de Xylocaïne. Le choix entre l'anesthésie topique ou locorégionale dépend des difficultés prévisibles de la chirurgie, des préférences du chirurgien et des souhaits du patient.

Un autre élément important de la préparation du patient est la dilatation pupillaire. En effet, pour accéder au cristallin, la pupille du patient doit être dilatée au maximum. Ceci est obtenu grâce à l'instillation de Mydriaticum et de Néosynéphrine 10 % pendant les 2 heures qui précèdent l'acte opératoire. Un système d'insert mydriatique mis en place dans le cul-de-sac conjonctival (Mydriaserit) permet de simplifier cette préparation préopératoire.

4. Principes du traitement chirurgical

Le principe de l'intervention chirurgicale de la cataracte est d'enlever le cristallin opacifié et de remplacer cette lentille anatomique par un système optique adapté. En France, la méthode de référence est celle de la phacoémulsification avec implant intraoculaire (fig. 3) dans le sac capsulaire cristallinien.

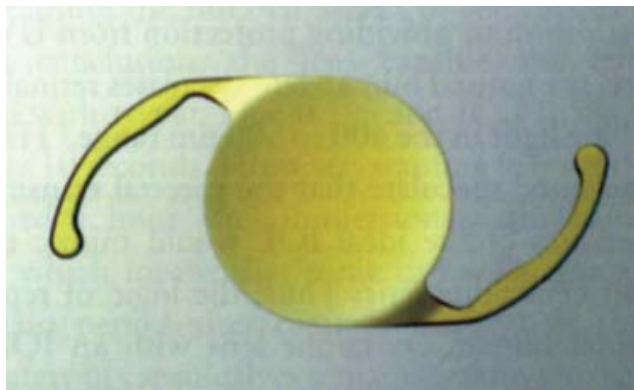


Figure 3 Cristallin artificiel ou implant souple jaune en acrylique.

✓ **La phacoémulsification avec implant de chambre postérieure** consiste tout d'abord à réaliser une incision cornéenne tunnelli-sée de 1,5 à 3,2 mm. On injecte ensuite un produit visco-élastique pour maintenir la chambre antérieure. On pratique une ouverture circulaire de la capsule antérieure du cristallin ou capsulorhexis puis le cristallin est individualisé de sa capsule par hydrodissection. La phacoémulsification du noyau qui associe une aspiration et des ultrasons est ensuite pratiquée selon des variantes techniques propres au chirurgien, à la machine qu'il utilise ou encore au type de cataracte. Après la phacoémulsification du noyau, on aspire les masses (épïcortex) résiduelles. Un produit visqueux est à nouveau introduit dans le sac capsulaire et en chambre antérieure afin de maintenir la chambre antérieure pour l'injection d'un implant intraoculaire dans le sac capsulaire de manière à corriger l'aphakie. Il existe actuellement de très nombreux implants différents en taille, forme, en fonction du matériau (acrylique, silicone), et aux propriétés optiques variées (monofocal, asphérique, torique, multifocal...). Pour terminer, la chambre antérieure est lavée et l'étanchéité de l'incision vérifiée.

✓ **Les autres techniques d'extraction du cristallin** sont l'extraction extracapsulaire manuelle et la technique intracapsulaire. Le principe de l'extraction extracapsulaire manuelle est très similaire, mais nécessite une incision plus large (8 à 10 mm) de manière à pouvoir sortir le noyau cristallinien entier. Un implant est ensuite placé dans le sac capsulaire. Cette technique est encore largement utilisée dans les pays en voie de développement et reste préconisée en cas de cataracte très dense, pouvant résister aux ultrasons. La technique d'extraction intracapsulaire consiste à extraire le cristallin avec sa capsule. Un implant est donc placé devant l'iris dans le meilleur des cas (implant de chambre antérieure). Ses indications sont très limitées.

✓ **La correction de l'aphakie** : le cristallin a un pouvoir réfractif convergent de 20 dioptries environ. Il existe 3 principales méthodes pour corriger l'aphakie. La technique de choix est d'injecter un implant souple dans le sac capsulaire (voire une phacoémulsification avec implant de sac capsulaire). En cas d'impossibilité d'implanter dans le sac capsulaire (rupture capsulaire), certains implants intraoculaires peuvent être également mis en place dans le sulcus (entre l'iris

et la partie antérieure du sac capsulaire). En cas de chirurgie intracapsulaire ou si le plan capsulaire ne permet pas d'implantation de chambre postérieure, l'implant pourra être mis en place en chambre antérieure ou clippé à l'iris. Enfin, si la mise en place d'un implant est impossible, l'aphakie peut être corrigée par les lentilles de contact ou des verres correcteurs.

5. Traitement postopératoire

Il associe un collyre anti-inflammatoire stéroïdien et/ou un collyre anti-inflammatoire non stéroïdien, avec un antibiotique local, pour une durée moyenne de 1 mois.

6. Surveillance postopératoire

Elle permet de s'assurer dans les premiers jours et semaines après l'intervention de l'absence de complication. On contrôle l'étanchéité de la cicatrice (absence de signe de Seidel), le bon positionnement de l'implant et la présence éventuelle d'une inflammation du segment antérieur ou d'un œdème cornéen. En général, la prescription d'une correction optique permettant la vision de près et de loin est réalisée 1 mois après la chirurgie.

Complications du traitement chirurgical de la cataracte

1. Complications peropératoires

Elles sont dominées par la rupture capsulaire postérieure qui survient dans 0,46 à 4 % des cas. Cette complication, qui impose l'implantation dans le sulcus ou en chambre antérieure, augmente le risque de décollement de la rétine et d'œdème maculaire cystoïde. Dans certains cas, cette rupture capsulaire s'accompagne de la luxation de fragments cristalliniens dans le vitré qui peut nécessiter rapidement une chirurgie vitréo-rétinienne. L'hémorragie expulsive est une complication grave de la chirurgie de la cataracte mais heureusement rare depuis l'avènement de la phacoémulsification. Elle peut se produire soit durant l'intervention soit dans les heures qui suivent.

2. Complications postopératoires

✓ **L'endophtalmie aiguë** est la complication la plus redoutée de l'intervention de la cataracte. Heureusement rare (1 à 3 cas sur 1 000), elle correspond à une infection endoculaire. Elle survient le plus souvent lors des 7 premiers jours postopératoires et doit être suspectée devant l'apparition de douleurs oculaires et/ou d'une rougeur oculaire et/ou d'une baisse brutale de la vision. L'examen clinique révèle une inflammation de chambre antérieure (Tyndall, membrane cyclitique, fibrine) avec éventuellement un hypopion (collection purulente en chambre antérieure). La visualisation du fond d'œil est en général impossible. La prise en charge repose sur l'administration urgente d'antibiotiques par voies locale (intravitréenne) et générale, après avoir réalisé un prélèvement bactériologique endoculaire (ponction de chambre antérieure). Dans un deuxième temps, un traitement anti-inflammatoire par corticoïdes sera également associé. En l'absence de traitement urgent, le risque de perte fonctionnelle de l'œil est majeur.



✓ **L'œdème maculaire cystoïde**, ou syndrome d'Irvine-Gass est lié à la présence d'une inflammation oculaire prolongée. Il est favorisé par une rupture capsulaire postérieure. Suspecté sur l'existence d'une baisse d'acuité visuelle prédominant en vision de près dans les mois qui suivent la chirurgie, le diagnostic sera confirmé par une angiographie à la fluorescéine et/ou un OCT (tomographie en cohérence optique). Le traitement repose sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens topiques et l'acétazolamide oral (Diamox).

✓ **Le décollement de la rétine** est une autre des complications majeures de la chirurgie de la cataracte. Il est favorisé par le terrain (myope fort, antécédent de décollement de la rétine ou de traumatisme oculaire) et par l'existence d'une ouverture capsulaire peropératoire ou postopératoire au laser après opacification de la capsule.

✓ **La cataracte secondaire ou opacification capsulaire** est la complication la plus fréquente de la chirurgie de la cataracte présente dans 0,67 à 38,5 % des cas après phacoémulsification. Elle survient dans les années qui suivent l'intervention chirurgicale et se manifeste par une baisse d'acuité visuelle de loin et de près. Le traitement consiste à ouvrir cette capsule postérieure à l'aide d'un laser YAG.

✓ **D'autres complications** peuvent également se rencontrer en postopératoire : un œdème de cornée, une hypotonie ou une hypertonie. Ces complications ont été réduites depuis la pratique quasi systématique de la technique de phacoémulsification. ■

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 La cataracte du diabétique est la plus fréquente des cataractes pathologiques.
- 2 La leucocorie est un signe fonctionnel de cataracte du nourrisson.
- 3 Une conjonctivite aiguë peut se compliquer de cataracte.
- 4 La cataracte se traduit par des douleurs oculaires.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 L'amblyopie est le principal risque de la cataracte congénitale.
- 2 La rougeole est la cause la plus fréquente de cataracte bilatérale et non héréditaire du nouveau-né.
- 3 Les lentilles de contact sont une méthode de correction de l'aphakie.
- 4 Une angiographie à la fluorescéine doit être systématiquement réalisée lors du bilan préopératoire d'un patient présentant une cataracte sénile.

C / QCM

Une cataracte peut être évoquée devant :

- 1 Une baisse d'acuité visuelle.
- 2 Des myodésopsies.
- 3 Une myopie d'apparition récente.
- 4 Des éblouissements.
- 5 Un larmoiement.

Réponses : A : V, V, F, F / B : V, F, V, F / C : 1, 3, 4.

ABONNEZ-VOUS OU RÉABONNEZ-VOUS EN LIGNE

www.egora.fr

Santé la différence



Huveaux France
www.huveaux.fr